

CT ・ DXA 検査予約依頼票 (FAX用)

予約日時		住所		
年 月 日 ()		〒		
☐ 9:00 ~ ☐ 15:00 ~				
氏名 (フリガナ)		性別	生年月日	年齢
様		男・女	年 月 日	歳
電話番号	(自)	(携帯)		
依頼内容				
☐	CT	撮像部位	☐	DEXA法による骨塩定量
		(備考)		(腰椎 左・右 大腿骨)
依頼施設名		依頼医師署名 (自署)		
角谷整形外科病院 受診歴	有・無	診察券お持ちの方	患者番号	

ご記入に関する注意事項

- ・ 全項目を必ずご記入をお願いします。(当院受診歴、患者番号は不明な場合は空白で)

※ 骨密度検査に限ります 依頼施設での事前確認をお願いします。

下記、体内インプラントチェックで2カ所以上または腰椎インプラントにチェックがある方。

- ☐ 腰椎インプラント
- ☐ 右大腿骨インプラント
- ☐ 左大腿骨インプラント

その他、ご不明な点につきましては下記までお問い合わせ下さい。

社会医療法人スミヤ 角谷整形外科病院	和歌山市吉田337番地
(平 日 9:00~18:00)	TEL: (073)433-1161
(土 曜 日 9:00~12:00)	FAX: (073)432-6054 (事務所)